

Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного
господарства та природокористування
Кафедра здоров'я людини і фізичної реабілітації

08-02-41

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

до виконання лабораторних робіт з навчальної дисципліни
«Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії»
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня за освітньо-
професійною програмою «Фізична терапія, ерготерапія»
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
денної форми навчання

Рекомендовано
науково-методичною радою
з якості ННІОЗ
Протокол № 5
від 17 лютого 2020 р.

Рівне – 2020

Методичні вказівки до лабораторних робіт з навчальної дисципліни **«Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії»** для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня за освітньо-професійною програмою «Фізична терапія, ерготерапія» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» денної форми навчання [Електронне видання] / Крук І. М., Ніколенко О. І., Гамма Т. В., Зарічанська Л. О. – Рівне : НУВГП, 2020. – 20 с.

Укладачі: Крук І. М., асистент кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації; Ніколенко О. І., старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації; Гамма Т. В., доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання; Зарічанська Л. О., старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації.

Відповідальний за випуск: Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації.

Керівник групи забезпечення
спеціальності

Григус І. М.

© Крук І. М., Ніколенко О. І., Гамма
Т. В., Зарічанська Л. О., 2020
© НУВГП, 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ	4
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЛАБОРАТОРНИХ ЗАВДАНЬ	5
Лабораторна робота № 1	
Основні принципи обстеження ортопедичних хворих	5
Лабораторна робота № 2	
Фізична терапія та ерготерапія при вивихах	6
Лабораторна робота № 3	
Фізична терапія та ерготерапія при розривах зв'язок	7
Лабораторна робота № 4	
Фізична терапія при переломах нижніх кінцівок	8
Лабораторна робота № 5	
Фізична терапія при переломах верхніх кінцівок	10
Лабораторна робота № 6	
Фізична терапія при травмах лопатки та ключиці	11
Лабораторна робота № 7	
Фізична терапія при травмах тазу	12
Лабораторна робота № 8	
Фізична терапія при порушеннях постави	14
Лабораторна робота №9	
Фізична терапія при кіфотичній поставі.	15
Лабораторна робота №10	
Профілактика сколіозу та дефектів постави	16
РОЗДІЛ 3	
РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ	18
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	20

ВСТУП

Мета дисципліни «**Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії**» – є поглиблення знань студентів про проведення реабілітаційних заходів у пацієнтів з травматичними та ортопедичними порушеннями та набуття ними теоретичних знань та практичних навичок щодо особливостей проведення фізичної реабілітації, які необхідні для покращення та відновлення здоров'я і працездатності цієї категорії хворих.

РОЗДІЛ 1

ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ

№ з/п	Назва теми	Кількість Годин
Змістовий модуль 1 Методи дослідження біомеханічної системи.		
1	Тема 1. Основні принципи обстеження ортопедичних хворих	4
2	Тема 2. Фізична терапія та ерготерапія при вивихах	4
3	Тема 3. Фізична терапія та ерготерапія при розривах зв'язок	4
4	Тема 4. Фізична терапія при переломах верхніх кінцівок	4
5	Тема 5. Фізична терапія при переломах нижніх кінцівок	4
Змістовий модуль 2 Біохімічні основи спортивного тренування.		
6	Тема 6. Фізична терапія при травмах лопатки та ключиці	4
7	Тема 7. Фізична терапія при травмах тазу	4
8	Тема 8. Фізична терапія при порушеннях постави	4
9	Тема 9. Фізична терапія при кіфотичній поставі	12
10	Тема 10. Профілактика сколіозу та дефектів постави	12
	Разом	48

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЛАБОРАТОРНИХ ЗАВДАНЬ

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 1 – 4 год.

Тема: Основні принципи обстеження ортопедичних хворих

Мета: Оволодіти знаннями про анамнез, місцевий огляд, дослідження у вертикальному положенні та дослідження ходи.

Завдання:

1. Вивчити літературні джерела за темою заняття.
2. Ознайомитися з анамнезом та місцевим оглядом хворих.
3. Навчитися визначати об'єм рухів у суглобах.

Матеріали та обладнання: таблиці, схеми, підручники.

Короткий виклад теми:

Збираючи анамнез вдається отримати велику кількість дуже важливих фактів, які мають безпосереднє відношення до захворювання і характеризують самого хворого. Можна визначити час і умови появи перших симптомів, причину, яка викликала захворювання, вплив на перебіг патологічного процесу зовнішніх та внутрішніх умов – спокою та навантаження, охолодження та нагрівання, дії різних лікувальних процедур, набирання ваги чи схуднення хворого, росту та інше.

Шляхом розпитування лікар отримує уявлення про особистість хворого і відомості щодо перенесених ним захворювань, умов життя та праці. Розпитування дозволяє з'ясувати особливості «сімейного анамнезу» та з'ясувати фактор спадковості, що є дуже важливим при вроджених вадах розвитку, отримати відомості перебігу вагітності матері, пологів.

При огляді звертають увагу на положення тулуба, кінцівок і голови по відношенню до орієнтовних площин, тобто визначають поставу.

Постава – вироблене в процесі життєдіяльності ортостатичне, вертикальне положення тіла.

При дослідженні постави звертають увагу на форму спини. Спина може бути:

- гармонічна з фізіологічним шийним та поперековим лордозами та відповідним кіфозом грудного і крижово-куприкового відділів хребта;
- плоска спина;
- сутула спина;
- кругло-вигнута спина;
- сколіотична постава.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте характеристику поняття «анамнез».
2. Дайте визначення поняття «постава».
3. На що звертають увагу при дослідженні постави?
4. Які є різновиди ходьби?

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 2 – 4 год.

Тема: Фізична терапія та ерготерапія при вивихах

Мета: Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при вивихах.

Завдання:

1. Дати визначення основним поняттям: вивих, ЛФК, загально-розвиваючі вправи, гідрокінезотерапія, масаж, фізіотерапія.
2. Дати характеристику застосування засобів фізичної реабілітації при вивихах.

Матеріали та обладнання: таблиці, схеми, підручники.

Короткий виклад теми:

Вивих - це травматичне пошкодження суглоба, унаслідок якого поверхні кісток зміщуються та повністю втрачають дотикання, а суглобова сумка розривається. Якщо суглобові поверхні на певній ділянці дотикаються, то говорять про підвивих.

Клінічні прояви: сильний біль у ділянці вивихнутого суглоба, який посилюється при спробі ворухнути, відсутність руху у ньому. При огляді відзначають деформацію у ділянці суглоба, помітну при порівнянні його зі здоровим суглобом. При пальпації виявляють, що голівка суглоба знаходиться не на місці, а зміщена в сторону. Спроби провести пасивні рухи викликають сильний біль. Діагноз ставлять за допомогою рентгенологічного дослідження.

Основні принципи транспортної іммобілізації

- для знерухомилення ушкодженої кінцівки необхідно іммобілізувати два суміжних суглоби, а при вивиху плечової або стегнової кістки три суглоби;
- моделювання шини слід проводити по здоровій кінцівці, або на тому, хто її буде накладати, тобто на медпрацівнику;
- при іммобілізації кінцівки необхідно надати їй фізіологічне положення, а якщо це неможливо, то таке положення, при якому кінцівка менш за все травмується;

- при відкритих вивихах вправлення не виконують, накладають стерильну пов'язку і кінцівку фіксують в тому положенні, в якому вона знаходилась в момент ушкодження;
- іммобілізацію накладають поверх одягу і взуття потерпілого, між шиною і кінцівкою потерпілого кладуть м'яку ватно-марлеву підкладку;
- при відкритих вивихах на рану слід накласти стерильну пов'язку;
- при фіксації шини не можна закрити місце накладання джгута, щоб була можливість коригувати стан джгута;
- іммобілізована кінцівка перед транспортуванням в холодну пору року повинна бути обов'язково утеплена з метою профілактики відмороження;
- під час перекладання потерпілого з нош, ушкоджену кінцівку повинен тримати помічник.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте визначення основним поняттям.
2. Охарактеризуйте основні принципи транспортної іммобілізації.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 3 – 4 год.

Тема: Фізична терапія та ерготерапія при розривах зв'язок.

Мета: Закріпити теоретичний матеріал по темі. Вивчити ступені пошкоджень та клінічні симптоми розриву зв'язок.

Завдання:

1. Проаналізувати літературні джерела за темою заняття.
2. Вивчити ступені пошкоджень розриву зв'язок.
3. Вивчити клінічні симптоми.

Матеріали та обладнання: таблиці, схеми, навчальні посібники.

Короткий виклад теми:

Розривами зв'язок та сухожиль називають часткове чи повне порушення їхньої цілісності. Такий вид пошкодження спостерігається як результат механічної травми.

Ступені пошкоджень:

за вираженістю розрізняють такі ступені розривів зв'язок та сухожиль:

- I ступінь – мінімальний розрив;

- II ступінь – середній та важкий;
- III ступінь – повний.

Розриви зв'язок та сухожиль частіше зустрічаються у спортсменів (наприклад, у футболістів нерідко діагностується розрив передньої хрестоподібної зв'язки, яка стабілізує колінний суглоб) та тих, хто постраждав від нещасних випадків.

Симптом: при розриві зв'язок та сухожиль виникають такі симптоми:

- болючість;
 - виражений набряк м'яких тканин;
 - підшкірна гематома (при пошкодженні судин);
 - різке погіршення чи повна неможливість з боку тієї чи іншої групи м'язів чи суглобів виконати звичну роботу;
- вимушене положення кінцівки.

Перша допомога при розриві зв'язок та сухожиль і стандартна схема лікування включають такі заходи:

- абсолютний спокій;
- холод;
- компресія (стискання) кінцівки, яка забезпечується за допомогою пов'язки;
- підвищене положення кінцівки;

при вираженому больовому синдромі – введення знеболювальних препаратів.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте характеристику розривам зв'язок.
2. Охарактеризуйте основні ступені пошкоджень.
3. Які клінічні симптоми розриву зв'язок?
4. Яка перша допомога при розриві зв'язок?

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 4 – 2 год.

Тема: Фізична терапія при переломах нижніх кінцівок

Мета: Закріпити теоретичний матеріал по темі. Вивчити класифікацію та клінічну характеристику переломів. Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при переломах нижніх кінцівок.

Завдання:

1. Розглянути класифікацію, клінічну характеристику переломів..
2. Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при переломах нижніх кінцівок.

Матеріали та обладнання: таблиці, навчальні посібники, еластичні бинти.

Короткий виклад теми:

Перелом - часткове або повне порушення цілісності кістки, яке спричинює вплив на неї механічної сили: насильно або в результаті падіння, удару, а також внаслідок паталогічного процесу, пухлини, запалення.

Переломи голівки стегнової кістки відносяться до важких внутрішньосуглобових пошкоджень, настають в результаті дії високоенергетичної травмивної сили і практично завжди є складовою частиною поєданого пошкодження кульшового суглоба (від 10% до 75%) - задні вивихи або ж переломи-вивихи стегна, переломи вертлюгової западини. Компресійні переломи голівки стегнової кістки, як правило, супроводжують передні вивихи стегна.

Переломи шийки стегнової кістки складають 6-8% серед загальної кількості переломів скелета і до 68% по відношенню до стегнової кістки. В 90% випадків це пацієнти похилого віку (більше 65 років), жінки страждають в три рази частіше чоловіків.

Переломи дистального епіметафізу великогомілкової кістки. Пошкодження даної локалізації зустрічаються до 30% серед пошкоджень опорно-рухового апарата і до 80% по відношенню до травматичних ушкоджень гомілковоступневого суглоба.

Переломи кісточок кісточок Дані переломи складають до Дані переломи складають до 80% пошкоджень % пошкоджень гомілковоступневого гомілковоступневого суглоба. суглоба. Переломи обох кісточок зустрічаються в Переломи обох кісточок зустрічаються в 20-25% випадків, а в % випадків, а в 5-10% - поєднуються з поєднуються з переломом переднього або заднього краю дистального переломом переднього або заднього краю дистального епіметафізу великогомілкової кістки.

У лікувальному закладі після обстеження постраждалого приймають рішення про подальше лікування. Найчастіше проводять репозицію (співставлення та відновлення фізіологічного положення) уламків, а потім накладають відповідний тип гіпсової пов'язки. Для лікування переломів застосовують різні лікувальні методи: шинні та гіпсові пов'язки, скелетне витягування, оперативне лікування за допомогою різних видів імплантів швів, цвяхів, гвинтів, пластинок. Хірургічним лікуванням переломів є остеосинтез. Остеосинтез виконують за допомогою металевих пластин (металоостеосинтез), стрижнів, апаратів зовнішньої фіксації, або спиць та серкляжів (репозиційний).

При відкритому переломі проводять первинну хірургічну обробку та лікування рани. Вводять протиправцеву сироватку, антимікробні препарати.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте визначення поняття «перелом»..
2. Назвіть класифікацію переломів нижніх кінцівок.
3. Які засоби фізичної реабілітації застосовують при переломах нижніх кінцівок?

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 5 – 4 год.

Тема: Фізична терапія при переломах верхніх кінцівок.

Мета: Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при переломах верхніх кінцівок.

Завдання:

1. Дати визначення поняття "перелом".
2. Вивчити класифікацію та клінічну картину переломів верхніх кінцівок.
3. Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при переломах верхніх кінцівок.

Матеріали та обладнання: підручники, еластичні бинти, пояси, гімнастичне обладнання (палиці, м'ячі, тощо).

Короткий виклад теми:

Переломи кісток - це порушення їх цілості. Виникають вони у будь-якій частині скелета. Переломи можуть бути наслідком травми (механічні) і патологічного процесу (пухлини, остеомієліт, туберкульоз тощо). Їх називають відкритими при порушенні цілості шкіри і закритими, коли вона збережена. Спостерігаються переломи без зміщення та зі зміщенням відламків. Близько 80% становлять переломи кінцівок. Розрізняють діафізарні (тіло кістки), епіфізарні (внутрішньосуглобові) та метафізарні (навколосуглобові) переломи трьохчастин кісток.

Переломи характеризуються болем, припухлістю, деформацією, появою рузливості у місці травми, кістковим хрустом (крепітація) і порушенням функцій.

Діафізарні переломи плеча, передпліччя трапляються дуже часто. Вони виникають у верхній, середній або нижній частині тіла кістки і можуть бути поперечні, повздовжні, косі, гвинтоподібні, осколючні, вбиті, без зміщення і зі зміщенням відламків. У дітей спостерігаються

переломи за типом зеленої гілки: ламається кістка без ушкодження окістя, вони часто виникають по лінії епіфізарного хряща (епіфізіоліз). Імобілізація проводиться шляхом гіпсових пов'язок, витягання і оперативно. Після імобілізації, незалежно від її методу, у комплексному лікуванні призначають засоби фізичної реабілітації.

У лікарняний період реабілітації застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію.

Запитання до співбесіди

1. Що таке перелом?
2. Яка клінічна картина переломів верхніх кінцівок?
3. Які засоби фізичної реабілітації можна використовувати у лікарняний період?

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 6 – 4 год.

Тема: Фізична терапія при травмах лопатки та ключиці.

Мета: Закріпити теоретичний матеріал по темі. Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при травмах лопатки та ключиці.

Завдання:

1. Дати загальну характеристику травмам лопатки та ключиці.
2. Вивчити консервативне лікування травм лопатки та ключиці.
3. Вивчити основні засоби та методи фізичної реабілітації.

Матеріали та обладнання: підручники, еластичні бинти, пояси, гімнастичне обладнання (палиці, м'ячі, тощо).

Короткий виклад теми:

Лопатка - кістка, що забезпечує з'єднання плечової кістки з ключицею. У людини ця кістка має трикутну плоску форму з трьома кутами і схожа на інструмент праці людини - лопату, що і визначило її назву.

Ключиця - це маленька, дугоподібна кісточка, яка з'єднує лопатку і грудну клітку. Розташовується кістка поверх ребер і у більшості людей видна неозброєним оком. Ключична кістка виконує підтримуючу функцію кісток руки і лопатки, створюючи каркас плечового пояса. Також ключиця виконує функцію захисту великих кровоносних судин і нервових волокон в пахвовій зоні. Зустрічаються переломи зі зміщенням уламків і без зміщення.

Причини травми: переломи ключиці, бувають двох типів: внаслідок прямої травми, що відбувається при ударі по

передпліччю, при падінні важкого предмета на ключицю або зовнішню частину надпліччя. При вогнестрільному або осколковому пораненні ключиці; внаслідок непрямої травми, при падінні на зовнішню частину плечового суглоба, лікоть або випрямлену руку.

Переломи лопатки зустрічаються порівняно рідко (менше 1% від числа всіх переломів) і обумовлено це тим, що лопатка сама по собі рухлива, розташована в товщі м'язів, які захищають її, а також самою формою лопатки. Перелом лопатки може виникнути в результаті падіння на спину, на плече, прямого удару по спині. Дуже рідко зустрічаються і переломи лопатки, що виникли в результаті сильного падіння на руку, лікоть - частіше при цьому виникають переломи і вивихи плечової кістки, кісток передпліччя (променевої та ліктьової), переломи і вивихи ключиці, але якщо в цьому ланцюзі найслабшим місцем виявиться лопатка, то невиключений її перелом.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте визначення поняття "ключиця", "лопатка".
2. Назвіть причини виникнення травм лопатки та ключиці.
3. Охарактеризуйте методи лікування при травмах лопатки та ключиці.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 7 – 4 год.

Тема: Фізична терапія при травмах тазу.

Мета: Закріпити теоретичний матеріал по темі. Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при травмах тазу.

Завдання:

1. Дати загальну характеристику травмам тазу.
2. Вивчити консервативне лікування при травмах тазу.
3. Вивчити основні засоби та методи фізичної реабілітації.

Матеріали та обладнання: підручники, еластичні бинти, пояси, гімнастичне обладнання (палиці, м'ячі, тощо).

Короткий виклад теми:

Пошкодження таза (переломи кісток, розриви тазових зчленувань) можна віднести до категорії важких травм опорно-рухового апарату, оскільки вони супроводжуються високим рівнем летальності, тривалою непрацездатністю та інвалідністю. Причиною цього є специфіка анатомічної будови таза та наявність у цій ділянці важливих структур внутрішніх органів (великі судини, нервові

сплетення, кишки, сечовивідні та статеві органи), які можуть бути пошкоджені при травмах цієї локалізації. Тяжкість травми таза визначається вираженням больовим синдромом, масивною крововтратою, травматичним шоком, ушкодженням внутрішніх органів.

Серед пошкоджень тазових кісток особливе місце займають переломи вертлюгової западини з вивихом або без вивиху стегна, коли до негативних факторів, пов'язаних безпосередньо з травмою таза, додаються можливі наслідки пошкодження кульшового суглоба (асептичний некроз головки стегна, післятравматичний коксартроз та ін.) з відповідними ортопедичними порушеннями.

Клінічна картина при ушкодженнях таза залежить від локалізації перелому, можливих ускладнень і супутніх ушкоджень. Уточнення механізму травми, виявлення характерних ознак переломів, а також рентгенографія в кількох проекціях дозволяють забезпечити належну якість та вірогідність діагностики.

Консервативне лікування

Включає ортопедичні укладки та метод постійного скелетного витягнення. Їх позитивною рисою є неінвазивний характер, відсутність додаткової травматизації тканин. Недоліками є відсутність стабільної фіксації фрагментів тазових кісток, неможливість повноцінної репозиції при деяких видах ушкоджень, тривалі терміни ліжкового режиму та стаціонарного лікування, ускладнення гіподинамічного і гіпостатичного характеру, труднощі догляду тощо.

Фізична реабілітація призначається на 2-й день після травми.

I період триває з моменту травми до дозволу повертатися на живіт – орієнтовно 10–16 днів.

Завдання ФР в I періоді:

- виведення хворого з пригніченого стану у зв'язку з травмою;
- розслаблення м'язів тазового дна для правильного зіставлення відламків;
- зняття больових відчуттів; підвищення м'язового тонусу нижніх кінцівок, розсмоктування крововиливу;
- відновлення роботи органів дихання і кровообігу, виділення та обміну речовин.

II період починається з моменту повороту хворого на живіт і триває до дозволу вставати і ходити.

Завдання ФР в II періоді:

- відновлення м'язового тонусу нижніх кінцівок і зміцнення м'язів спини і тазової області.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте характеристику травмам тазу.
2. Що включає в себе консервативне лікування?
3. Які засоби та методи фізичної реабілітації застосовують при травмі тазу?

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 8 – 4 год.

Тема: Фізична терапія при порушеннях постави.

Мета: Закріпити теоретичний матеріал по темі. Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при різних видах дефектів постави..

Завдання:

1. Дати визначення основним поняттям: постава, порушення постави, ЛФК, загально-розвиваючі вправи, гідрокінезотерапія, масаж, фізіотерапія.

2. Дати характеристику застосування засобів фізичної реабілітації при різних дефектах постави.

Матеріали та обладнання: таблиці, навчальні посібники.

Короткий виклад теми:

Постава – це звична поза у спокої і при русі. Звичне положення тіла – це те положення тіла, яке регулюється несвідомо, на рівні безумовних рефлексів, так званим руховим стереотипом.

Нормальна постава характеризується шістьма головними ознаками:

- розташування остистих відростків хребців на одній вертикальній лінії;
- розташування надпліч, плечей на одному рівні;
- розташування кутів обох лопаток на одному рівні;
- розташування рівних між собою трикутників талії, що утворюються боковою поверхнею тіла і вільно опущеними руками;
- розташуванням сідничних складок на одному рівні;
- правильними вигинами хребта в сагітальній площині.

Порушення постави – це патологічний стан, який включає в себе відхилення від фізіологічної вісі хребта з такими найбільш частими та основними проявами, як зміни фізіологічного кіфозу та лордозу.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте визначення основним поняттям.
2. Охарактеризуйте основні засоби фізичної реабілітації при різних видах дефектів постави.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 9 – 12 год.

Тема: Фізична терапія при кіфотичній поставі.

Мета: Закріпити теоретичний матеріал по темі. Навчитися застосовувати засоби і методи фізичної реабілітації при кіфотичній поставі.

Завдання:

1. Проаналізувати літературні джерела за темою заняття.
2. Вивчити анатомічні особливості.
3. Вивчити клінічні симптоми кіфотичної постави.

Матеріали та обладнання: таблиці, навчальні посібники.

Короткий виклад теми:

Кіфотична постава (гіперкіфоз) характеризується збільшенням фізіологічної кривизни грудного відділу хребта. У нормі його кут викривлення, виміряний за методикою Кобба на бічній рентгенограмі, не перевищує 40 градусів. При гіперкіфозі він перевищує даний показник.

Одночасно з деформацією грудного відділу при патології спостерігається потовщення шийного та поперекового лордозів (увігнутості всередину). Таким чином, при зовнішньому вивченні спини людини із захворюванням створюється відчуття «круглої спини».

Патологія найчастіше спостерігається у школярів в результаті неправильного сидіння за шкільною партою, але зустрічаються і вроджені її форми. В останньому випадку специфічні зміни хребта обумовлені недорозвиненням зв'язково-м'язового апарату.

Класифікація кіфотичної постави:

- ембріональна форма;
- вроджена форма;
- мікобактеріальна форма;
- спадкова форма;
- міотонічна форма;
- кутовий вигин – хребетний відділ загострений догори;
- компресійна форма.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте характеристику кіфотичної постави.
2. Охарактеризуйте основні форми кіфотичної постави
3. Які клінічні симптоми кіфотичної постави?

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 10 – 12 год.

Тема: Профілактика сколіозу та дефектів постави.

Мета: Закріпити теоретичний матеріал по темі. Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації при пошкодженнях дефектах постави.

Завдання:

1. Дати характеристику скозіозу.
2. Вивчити засоби та методи фізичної реабілітації при дефектах постави.

Матеріали та обладнання: підручники, пояси, гімнастичне обладнання (палиці, м'ячі, тощо).

Короткий виклад теми:

Розвиток опорно-рухового апарату лежить в основі *постави* - звичного положення тіла при сидінні, стоянні, ходьбі, яке починає формуватися з раннього дитинства. Нормальною, або правильною, вважається постава, що характеризується помірними природними вигинами хребта, розташованими паралельно і симетрично (без випинання нижнього краю) лопатками, розгорнутими плечима, прямими ногами і нормальними склепіннями стоп. Вона найбільш сприятлива для функціонування рухового апарату і внутрішніх органів.

Неправильна постава негативно позначається на функціях м'язів, суглобів, внутрішніх органів: ускладнюється робота серця, легень, шлунково-кишкового тракту, зменшується життєва ємність легень, знижується обмін речовин, з'являються головні болі, підвищується стомлюваність, знижується апетит; дитина стає млявим, апатичним, уникає рухливих ігор. *Ознаки неправильної постави* - сутулість, посилення природних вигинів хребта в грудній області (кіфотическая постава) або поперекової області (лордотическая постава), плоска спина (сплощення природних вигинів), а також сколіоз - бокове викривлення хребта.

Сколіоз - захворювання опорно-рухового апарату, що характеризується викривленням хребта у фронтальній (боковій) площині з розворотом хребців (торсія) навколо своєї вертикальної осі.

Сколіоз може починатися в будь якого віці. Найчастіше він зустрічається в період швидкого зростання - у віці від 6 до 24 місяців, 5 - 8 років, 11 - 14 років життя.

У відпрацьованій європейській практиці відповідно до тяжкості сколіозу як економічно ефективні лікувальні заходи застосовуються: спеціалізована антипсколіозна гімнастика (гімнастика за методом Катаріни Шрот) або аналогічні їй «дихальні» гімнастики, витягування хребта, інтегративна кінезотерапія, корсетотерапія різноманітними корсетами за принципом Еббота-Шено або операція, що фіксує хребет за допомогою металевих конструкцій й аутотрансплантатів. Серед нових терапій добре себе зарекомендувала ударно-хвильова терапія. УХТ - це вплив на організм за допомогою акустичних хвиль низької частоти (не доступної для людського вуха) і високої інтенсивності.

Запитання до співбесіди:

1. Дайте визначення поняття "сколіоз".
2. Назвіть причини порушень постави.
3. Які засоби фізичної реабілітації застосовують при сколіозі?

РОЗДІЛ 3
РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ
Вид контролю: 1 семестр – екзамен

Методи контролю

1. Поточний контроль
2. Підсумковий контроль
3. Модульний контроль
4. Екзамен

Розподіл балів, які отримують студенти

Поточне тестування та самостійна робота										Сума
Змістовий модуль 1					Змістовий модуль 2					
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T8	T9	100
4	4	4	4	4	4	4	4	12	12	

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
90-100	A	відмінно	зараховано
82-89	B	добре	
74-81	C		
64-73	D	задовільно	
60-63	E		
35-59	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання

0-34	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни
------	----------	--	--

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Базова

1. Грейда Б. П. Реабілітація хворих засобами лікувальної фізкультури / Б.П. Грейда, В.А. Столяр, Ю.М. Валецький, Н.Б. Грейда. Луцьк: Видавництво "Волинська обласна друкарня", 2003. 310 с.
2. Коляденко Г. І. Анатомія людини : підручник для студ. природ. спец. вищ. пед. навч. закладів. М-во освіти і науки України. 6-те вид. Київ : Либідь, 2014. 384 с.
3. Олекса А.П. Ортопедія. Тернопіль: ТДМУ, 2006. 528 с.
4. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія : підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. К.: Здоров'я, 2005. 384 с.
5. Бур'янова О.А. Травматологія і ортопедія : посібник для практичних занять. К.: Книга плюс, 2006. 135 с.

Допоміжна

1. Бирюков А. А. Лечебный массаж : учебное пособие. Киев : Олимпийская литература, 1995. 196 с.
2. Вакуленко Л. О., Прилуцька Г. В., Вакуленко Д. В. Лікувальний масаж. Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. 448 с.
3. Вакуленко Л. О., Клапчука В. В. Основи фізичної реабілітації : навчальний посібник. Тернопіль: ТНПУ, 2010. 234 с.
4. Дубровский В. И., Дубровская А. В. Лечебный массаж. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 512 с.
5. Епифанов В. А. Реабилитация в травматологи. М. : ГЭОТАР-Медиа», 2010. 336 с.